

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Pierre JOLIS

Né à Lectoure (Gers), le 29 Juin 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux et des Hôpitaux de Paris

DE LA

GALACTOPHORITE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : { MM. DUPLAY, professeur.
BOUÉLLY, QUÉNU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Pierre JOLIS

Né à Lectoure (Gers), le 29 Juin 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux et des Hôpitaux de Paris

DE LA

GALACTOPHORITE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : { MM. DUPLAY, professeur.
BOUÉLLY, QUÉNU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BEAUGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIKIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES MAITRES

des Facultés et Hôpitaux de Bordeaux et de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Dans le service d'accouchements de M. Maygrier, à la Pitié, tandis que nous accomplissions notre stage hospitalier, nous avons eu l'occasion d'observer, l'an dernier, la sécrétion lactée chez les enfants nouveaux-nés et un cas de galactophorite chez l'un d'eux. Ces faits que nous observions pour la première fois n'ont pas manqué d'attirer notre attention et nous les avons étudiés depuis ce jour avec un grand intérêt; c'est pourquoi d'ailleurs nous nous sommes décidés à traiter ce sujet pour notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude détaillée et complète de la galactophorite en général: il serait téméraire de notre part de vouloir ajouter aux travaux de celui de nos maîtres qui a donné le premier le nom à cette affection: c'est à M. Budin que nous devons de la connaître, que nous devons surtout de savoir la guérir.

Notre seul désir est de bien mettre en lumière un chapitre de pathologie infantile presque méconnu jusqu'ici, d'ajouter, si nous le pouvons, au mérite de M.

Budin en faisant ressortir combien sont merveilleux les effets obtenus par son mode de traitement : procédé par expression du sein, nous voulons montrer enfin combien il y a loin entre la galactophorite simple et l'abcès du sein, combien sont différents le pronostic et le traitement dans ces deux affections.

Puisse notre travail, si modeste qu'il soit, atteindre le but vers lequel tendront tous nos efforts. Mais avant de commencer notre étude, nous sommes heureux de pouvoir remercier tous nos maîtres des Facultés et Hôpitaux de Bordeaux et de Paris pour la sollicitude et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignées.

Nous tenons particulièrement à remercier M. Baudrimont, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux ; il fut notre premier maître, nous enseigna le premier la chirurgie.

Nous adressons l'expresssion de notre plus vive gratitude à M. Maygrier, professeur agrégé de la faculté de Paris, pour les bons conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir remercier M. Alex. Renault, dont nous avons été l'externe à l'hôpital Broca, des preuves particulièrement délicates de bienveillance et d'amitié qu'il nous a données dans bien des circonstances.

Que M. le Professeur Tarnier veuille bien agréer l'hommage de notre sincère et profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Historique

De tout temps la médecine s'est occupée de l'inflammation des mamelles. Hippocrate et Galien l'ont mentionnée dans leurs écrits, et tous les traités de chirurgie en donnent des descriptions plus ou moins complètes ; mais les auteurs n'ont en général étudié cette mammite que chez la femme, la plupart semblant ignorer que la glande mammaire soit susceptible de s'enflammer, méconnaissant même la sécrétion lactée possible chez le nouveau-né.

Au ^{xvii}^e siècle, cependant, on avait remarqué déjà que certains nourrissons avaient une véritable montée de lait, et on avait opposé ce phénomène à ceux qui voulaient que l'enfant se nourrit du liquide amniotique pendant la vie intra-utérine ; et là-dessus on édifiait une théorie des plus hasardées, produit de l'imagination de quelques-uns de ce siècle, dont voici en peu de mots l'idée : pour expliquer le développement du fœtus, on prétendait que celui-ci pouvait se nourrir de sa propre substance et qu'il lui suffisait d'infléchir la tête, de sucer ses propres mamelles pour s'alimenter à une source pure. Et l'on s'appuyait sur ce fait que l'on avait vu venir au monde des enfants pourvus de lait ; de là, induisait-on, si le phé-

nomème manquait, c'est qu'au moment de la naissance, la source du liquide devait être naturellement tarie.

Mais ce qui nous étonne en tout ceci, c'est que de semblables discussions ont été longtemps soutenues, qu'on en trouve des traces dans quelques auteurs, entre autres Van Zwieten (1). Aujourd'hui ce n'est qu'à titre d'histoire que nous nous permettons de les rappeler : elles prouvent seulement que si la sécrétion lactée chez les enfants a été remarquée à une époque assez avancée, elle a été fort mal étudiée et fort mal interprétée, car ce n'est que plusieurs jours après la naissance qu'on peut observer le commencement de la production du lait, de la fluxion mammaire.

On trouve dans les « Mémoires de l'Académie de Bologne » (2) l'exemple d'un enfant dont les mamelles sécrétaient du lait, et l'auteur signale ce fait comme un accident pathologique.

En 1853 enfin, Natalis Guillot qui avait examiné et étudié attentivement cette question, en publia un article fort intéressant : « De la sécrétion du lait chez les enfants nouveaux-nés et des accidents qui peuvent l'accompagner » (3), qu'il lut à l'Académie des Sciences le 17 octobre 1853 ; il est le premier qui ait fait nettement de cette sécrétion un phénomène purement physiologique, ayant

[1] Comment. in Boerhaavii aphorismos, t. IV, p. 579.

(2) Cas de maladies singulières et rares, page 115 ; Paris, 1773.

(3) Archives générales de médecine, novembre 1853.

remarqué que tous les enfants nés de parents robustes, bien portants, produisent généralement du lait peu de jours après la naissance, que les enfants au contraire nés de parents offrant des conditions opposées provenant de père ou de mère tuberculeux, syphilitiques, malingres, n'ont pas généralement cette « montée de lait ». Il s'attache à bien mettre en évidence les accidents qui souvent résultent de cette sécrétion lactée, à savoir : le phlegmon et l'abcès de la glande mammaire.

Peu de temps après Natalis Guillot, Boutequoy élève de Gubler et Gubler lui-même, publient des mémoires sur la même question. Gubler recueillit une quantité de lait suffisante pour l'analyse et la confia à Quévenné. Ce chimiste trouva les proportions suivantes :

Beurre.....	1.40	} p. 100
Caséum.....	2.80	
Lactine et matières extractives...	6.40	
Eau.....	89.40	

Osiander en Suède, Paco en Russie, Morgagni et Billard ont étudié eux aussi cette affection des nouveaux-nés.

Depaul a bien mis en lumière la physiologie et la pathologie des mamelles chez les nouveaux-nés : la sécrétion lactée, d'après lui, est constante chez les enfants bien portants ; sur cent nouveaux-nés sains il ne l'a pas vu manquer une seule fois ; par contre chez les avortons, les athrepsiés, elle est souvent absente. Cette montée de lait ne s'accompagne jamais de fièvre : la fièvre de lait, Depaul

a eu le mérite réel, pour l'époque, de l'établir, n'existe pas plus chez l'enfant que chez la mère.

M. Variot a étudié aussi la sécrétion lactée des nouveaux-nés à l'hospice des Enfants Assistés (1). Enfin M. Comby, médecin de l'hôpital Tenon, fait une communication très importante à la Société médicale des hôpitaux de Paris à la séance du 19 février 1892 sur les abcès de la mamelle chez les nouveaux-nés. Dans sa communication, il rapporte trois cas d'abcès mammaires chez les nourrissons. Mais ce qu'aucun auteur n'a signalé d'une façon précise jusqu'à ce jour, ce sont les abcès canaliculaires de la glande mammaire du nouveau-né : abcès bien décrits autrefois chez la femme par Chassaignac sous le nom d'abcès canaliculaire intéro-mammaires et récemment par M. Budin. C'est à M. Budin en effet que revient le mérite d'avoir attiré l'attention des accoucheurs sur cette catégorie d'abcès auxquels il donne le nom de galactophorites, et d'avoir surtout formulé un nouveau traitement qui modifie beaucoup la durée, le pronostic et la terminaison d'une telle affection.

(1) Société médicale des hôpitaux, 1890.



Etiologie. — Pathogénie.

Dans quelles conditions se produit la galactophorite chez le nouveau-né : qu'elle en est la cause ? telle est la question que nous devons nous poser tout d'abord.

On peut comparer à juste titre les phénomènes qui se passent chez l'enfant à ceux qui se passent chez la mère : de même que chez la femme la sécrétion lactée peut prédisposer aux engorgements aigus et aux abcès de la mamelle, de même chez le nouveau-né le fait de cette sécrétion de lait peut devenir une prédisposition aux phlegmons mammaires et à la galactophorite. Quelle est donc la cause de cette sécrétion lactée chez les nouveaux-nés ?

Bouchut (1) explique de la façon suivante la production de lait chez les enfants : « On ne peut faire que des hypothèses à cet égard. Est-ce sympathie entre la mère et l'enfant, dont les glandes mammaires gonflent au même instant ? ou bien est-ce le résultat d'une diathèse commune à l'un à l'autre, « diathèse puerpérale ou casémie » qui engendre des deux côtés la nécessité d'éliminer du caséum ? Il serait téméraire de le dire. Cependant,

(1) Traité pratique des maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, page 722.

comme on sait que le nouveau-né par ses péritonites, sa phlébite ombilicale et son ictère, quelquefois ses abcès multiples, ses érysipèles, offre un état comparable à la fièvre puerpérale, il est évident qu'il a une diathèse semblable à celle de sa mère et le rapprochement n'est pas impossible. Or, la diathèse puerpérale chez la mère étant, je crois, dûe à un excès de caséum dans le sang, il n'est pas impossible que le fœtus, dont le sang se rapproche beaucoup du sang maternel, malgré l'absence de communication directe, n'ait également une casémie qui le dispose aux affections puerpérales. A ce titre il aurait, comme la mère, l'engorgement mammaire que je viens de décrire.»

Nous n'essaierons pas de résoudre le problème avant d'avoir étudié la glande mammaire du nouveau-né au point de vue anatomique : au moment de la naissance, la glande mammaire mesure de 7 à 9 millimètres de diamètre ; elle est composée de 12 à 15 lobes se décomposant eux-mêmes en un certain nombre de lobules dont on distingue très bien les canaux excréteurs qui sont creux et tapissés d'un épithélium cylindrique, des renflements mamelonnés qui leur sont appendus. Ceux-ci paraissent sensiblement ronds ; ils sont remplis de jeunes cellules et n'offrent pas de traces de membrane d'enveloppe ; ils plongent donc au milieu d'un tissu conjonctif mou, aréolaire, contenant dans ses mailles de nombreuses cellules arrondies, pourvues d'un à trois noyaux, et des globules sanguins rouges en si grande quantité qu'on croirait à une véritable extravasation sanguine ; les vaisseaux sont

dilatés et il y a là hyperémie de la glande, en rapport avec le développement rapide de la glande dans les derniers mois de la vie intra-utérine. Si on sectionne en effet par le milieu la mamelle d'un enfant nouveau-né, on constate sur la coupe et à l'œil nu une tache de 7 à 8 millim. d'un rouge brun plus ou moins accusé.

Tel est l'état de la glande mammaire à la naissance ; il y a, venons-nous de dire, hyperémie, congestion active de tous les vaisseaux ; mais cela suffit pour amener la sécrétion de la mamelle ; cela nous explique le gonflement des seins pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, et l'écoulement enfin, à la pression, de ce liquide en tous points analogue au colostrum.

Etant données ces conditions anatomiques, la fluxion mammaire se produit chez les enfants de l'un et l'autre sexe, suivant l'intensité de l'afflux sanguin ; dans les vaisseaux la sécrétion de la glande est plus grande et nous sommes, chez l'enfant, en présence des mêmes phénomènes que ceux que l'on observe chez la femme après l'accouchement.

La plupart des causes qui contribuent à produire la galactophorite chez la mère peuvent contribuer à la produire chez les nouveaux-nés ; malheureusement la sécrétion du lait chez ces derniers passe trop souvent inaperçue ; les uns la négligent par inattention, les autres la regardent comme un phénomène trop peu digne d'intérêt ; et c'est ainsi que se produit l'infection de la glande et sa suppuration favorisée par la congestion préexistante ; car

cet état congestif de la mamelle favorise éminemment la culture des germes infectieux.

Trois voies seulement, dit M. Delbet, peuvent amener les germes infectieux jusque dans les parties profondes de la glande mammaire : les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques, les conduits galactophores.

L'infection par les vaisseaux sanguins est exceptionnelle, mais existe, ainsi que le prouvent la clinique et les expériences sur les animaux.

Dans les oreillons, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, en effet, on a constaté des abcès de la mamelle dus au transport par le sang des micro-organismes qui se sont arrêtés et ont colonisé dans cette glande. D'un autre côté, Escherich a montré par ses expériences sur les animaux que les micro-organismes charriés par le sang peuvent être éliminés au niveau de la mamelle par le lait comme ils le sont au niveau du rein par l'urine.

L'infection par les vaisseaux lymphatiques est également exceptionnelle. Elle est même niée par certains auteurs très autorisés, c'est ainsi que M. Duplay y formule les deux objections suivantes : 1° contrairement à ce qu'on observe dans les lymphangites, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans les phlegmons glandulaires de la mamelle ; 2° la propagation de l'inflammation a lieu en sens inverse du cours de la lymphe, ce qui est absolument contraire à la marche habituelle des lymphangites. D'ailleurs, dit M. Delbet, la galactophorite est souvent localisée à un lobe de la glande ; elle est nettement

lobaire. Comment expliquer ce phénomène si l'on admet l'infection par les lymphatiques puisque les lymphatiques de la mamelle communiquent largement entre eux.

L'infection par les conduits, au contraire, explique très bien la forme lobaire des phlegmons et la succession de plusieurs abcès isolés les uns des autres, puisque chaque lobe de la glande vient s'ouvrir par un conduit galactophore au sommet du mamelon.

Chassaingnac, puis Budin, Cataliotti et Arbel ont fourni une preuve irréfutable de la localisation de l'inflammation dans les conduits galactophores. Cette preuve consiste à faire sortir, dès le début, par le mamelon en pressant sur la glande, le pus en même temps que le lait, ce qui prouve bien que les conduits galactophores sont le siège primitif de l'inflammation.

L'infection par le conduit galactophore est de beaucoup la plus fréquente ; il nous est même difficile de l'admettre par la voie lymphatique ou par la voie sanguine.

Cependant, n'est-ce pas là le processus unique qui puisse expliquer la formation de ces abcès multiples observés chez les nourrissons qui se sont nourris de lait impur, sorti d'un sein atteint de galactophorite ; et cette galactophorite des nouveaux-nés ne serait-elle pas une variété de ces abcès multiples ?

Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse peu soutenable. Nous admettons au contraire que dans la plupart des cas, l'infection provenant du dehors pénètre directe-

ment par les canaux galactophores. Que l'on suive de près l'affection et on verra qu'elle débute par les canaux de la glande et qu'elle n'envahit que consécutivement le tissu cellulaire interstitiel.

M. Comby invoque comme cause des mammites chez les nouveaux-nés la pression, la malaxation des seins gorgés de lait ; il prétend qu'en cherchant à évacuer le contenu de la glande, on favorise la suppuration en ouvrant toutes grandes les portes, et en apportant, par l'intermédiaire des mains, l'agent infectieux. Peut-être serons-nous obligé d'admettre une semblable cause, car ces pressions peuvent ne pas être faites d'une façon absolument aseptique ; elles sont faites souvent par de vieilles matrones qui mettent un véritable acharnement à vider les mamelles de tout leur contenu ; quelques-unes même ne se contentent pas de ces pressions, elles les suppléent par des suctions buccales ; cette pratique assez répandue autrefois à la campagne et que l'on voit peut être encore aujourd'hui, était blâmable et dangereuse, exposant à l'introduction directe des microbes de la bouche dans la mamelle et à l'inoculation des maladies contagieuses : la tuberculose ou la syphilis.

On trouve enfin partout ces causes d'infection. Quand un nouveau-né, les seins gorgés par une sécrétion lactée un peu intense, se trouve enfermé dans un maillot malpropre, qu'il est exposé au froissement de langes rugueux et sales, ne voyons-nous pas là une cause bien suffisante pour produire l'inflammation ?

On prétendait autrefois que l'engorgement de la mamelle suffisait à produire l'abcès du sein. Nous n'essaierons pas de réfuter une pareille théorie, car il est bien évident aujourd'hui que pour produire de l'infection, la présence de micro-organismes infectieux est indispensable; nous admettrons seulement que l'engorgement peut être une prédisposition, mais jamais une cause suffisante; bien plus, cet engorgement n'est souvent que le résultat de l'inflammation, les canaux étant rétrécis dans leur calibre par celle-ci, et le colostrum ou le lait s'écoulant alors plus difficilement.

En un mot, la seule cause de la galactophorite est celle-ci : pénétration de germes infectieux dans les canaux galactophores; ces germes proviennent soit d'une conjonctivite purulente, soit des lochies maternelles, et sont amenés en général à la suite de toute faute commise contre l'aseptie.

Nous ne parlerons pas de la fréquence de la galactophorite chez le nouveau né : elle est heureusement fort rare, pouvant passer d'ailleurs souvent inaperçue. Quant à la fréquence par rapport au sein malade d'après les observations que nous avons réunies, nous avons constaté que cette affection siège aussi souvent à droite qu'à gauche.



Symptomatologie

La sécrétion lactée chez les enfants nouveaux-nés apparaît en général le deuxième ou troisième jour après la naissance ; elle ne tarit guère que vers le 15^e jour. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; c'est pendant cette période d'activité de la glande mammaire que se produit toujours la galactophorite.

Les symptômes de la galactophorite sont ceux de toute inflammation ; les uns sont généraux, les autres locaux.

Souvent, le début est insidieux, les symptômes généraux dominant et masquent les symptômes locaux ; le poids de l'enfant qui doit augmenter régulièrement reste stationnaire, puis il diminue graduellement.

L'enfant tète moins bien, dort mal, pleure, crie ; son aspect change également ; la fièvre enfin peut survenir, il peut même y avoir du ballonnement du ventre. Et ce changement subit dans l'état de l'enfant amenant un examen plus approfondi, on trouve ses seins, ou l'un d'eux seulement, légèrement tuméfiés ; la peau n'a pas changé de coloration, c'est à peine si l'on constate une légère rougeur à l'extrémité du mamelon. A la palpation, on sent sous les doigts le tissu glanduleux dur, formant une espèce de noyau qui peut acquérir le volume d'une petite

noix, et au centre duquel le mamelon est placé sans être saillant. Que l'on vienne à presser sur ce sein, il s'écoulera d'abord une ou deux gouttes de colostrum d'apparence louche, puriformes, puis une troisième gouttelette plus épaisse d'une coloration grisâtre ou verdâtre qui sera du pus en nature.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent généralement : les symptômes généraux que nous venons d'indiquer passent inaperçus ; les symptômes locaux dominant : en faisant la toilette de l'enfant, on est surpris de voir une tuméfaction légère du côté des seins, et en exerçant une pression, de voir s'écouler une ou deux gouttelettes de pus. Et cette pression amène toujours des cris chez l'enfant, ce qui est l'indice d'une vive douleur. Les ganglions axillaires ne sont jamais pris, sauf dans le cas où la galaclophorite se complique de lymphangite.

Il peut être difficile, au premier abord, de distinguer le pus du colostrum qui s'écoule normalement : si la quantité en est assez grande, on peut le reconnaître à son aspect grisâtre ou verdâtre ; à sa consistance plus grande que celle du colostrum ; il s'écoule plus difficilement du mamelon, reste même adhérent à celui-ci par suite de sa moins grande fluidité ; recueilli enfin sur du linge, il l'imprègne et le pénètre moins que le colostrum.

Le pus se trouve quelquefois en si petite quantité, que pour le déceler on a besoin de recourir à l'examen microscopique. En procédant à cet examen, on trouve des éléments pyogènes ; Bumm, Pianté, Cohn, qui ont re-

cueilli du lait d'une femme atteinte de galactophorite, ont découvert à l'examen bactériologique des staphylococcus, albus et aureus et des streptococcus, tandis que le lait d'une femme saine n'en présente pas.

Tels sont les symptômes de la galactophorite, ainsi qu'elle a été comprise par Budin, c'est-à-dire l'inflammation canaliculaire de la glande; nous venons de voir qu'elle présente les mêmes signes chez le nouveau-né que chez la mère, mais nous verrons bientôt, et les observations de Natalis Guillot que nous reproduisons à la fin de notre travail en sont une preuve, que cette inflammation, débutant par les canaux galactophores, se complique souvent de lymphangite, et envahit consécutivement le tissu cellulaire péri-glandulaire pour constituer le véritable abcès du sein.

Mais où finit la galactophorite, où commence la lymphangite? C'est là une question à résoudre puisque la méthode de traitement de M. Budin ne s'applique pas au cas où il y a complication de lymphangite. Il vient alors s'ajouter quelques symptômes nouveaux qui suffisent à éclairer le diagnostic: des traînées roses ou rougeâtres, partent du mamelon et se dirigent vers les ganglions de l'aisselle: l'un d'eux seulement est pris quelquefois séparément; d'autres fois ils sont pris en masse et on les sent dans le creux axillaire, tuméfiés, douloureux, roulant sous les doigts. Certains auteurs ont signalé un œdème assez marqué dans la région du mamelon; d'autres ont prétendu enfin que le pus s'écoulait beaucoup plus abon-

damment dans le cas de complication lymphangite. Ce qu'il importe de savoir, c'est que cette lymphangite est le terme de passage entre la galactophorite et l'abcès du sein ; que dans la galactophorite on trouve un ensemble de signes dont le plus important est l'écoulement du pus par les conduits galactophores ; la glande est seule prise à ce moment et chez le nouveau-né on la sent très bien, libre au milieu du tissu cellulaire, roulant presque sous le doigt à la façon d'un ganglion.

Lorsqu'il y a abcès du sein au contraire, l'ensemble des symptômes est tout différent et voici à peu près ce qu'on observe : la tuméfaction est toujours très douloureuse, la peau présente une coloration rouge vif, elle est très chaude au toucher ; à la palpation on sent un ou plusieurs points fluctuants, correspondant aux régions lobulaires enflammées, d'autant plus aisément que ces petits abcès sont plus superficiels : si on les abandonne à eux-mêmes ils s'ouvrent au dehors au bout de plusieurs jours soit en se vidant isolément, soit en communiquant les uns avec les autres dans un foyer commun : ils sont alors fort longs à guérir, fatiguent beaucoup les enfants ; ceux-ci succombent souvent de complication de diarrhée ou de broncho-pneumonie. Il survient enfin des accidents généraux rappelant ceux de l'infection purulente de l'adulte ; dans les quatre observations de Natalis Guillot que nous rapportons à la fin de notre travail, deux enfants sont morts d'infection généralisée ; les deux autres ont guéri après l'incision de nombreux abcès.

Anatomie pathologique

Comme dans les phlegmasies de la glande mammaire chez la femme, la mamelle n'est presque jamais prise en entier chez le nouveau-né ; il n'y a qu'un ou plusieurs foyers inflammatoires correspondant aux lobes de la glande : Bumm est celui qui a fait la meilleure étude anatomo-pathologique des mammites en général : voici le résumé de ses recherches : les micro-organismes pénètrent par les canaux galactophores jusque dans les acini ; ils amènent la fermentation du lait, et le sucre de celui-ci se dédouble en acide lactique et en acide butyrique ; la caséine se coagule ; les acini sont remplis d'un fin réseau de caséine coagulée englobant des colonies de bactéries. Il se produit une réaction inflammatoire, l'épithélium se desquame et tombe.

Bumm décrit ensuite l'inflammation du tissu cellulaire interacineux sans songer qu'elle peut s'arrêter sans se propager fatalement au tissu interstitiel ; les micro-organismes pénètrent dans le tissu conjonctif, le détruisent et à la place d'un lobule glandulaire il se forme un foyer purulent miliaire ; plusieurs petits foyers voisins se réunissent et il en résulte une caverne irrégulière avec des diverticules, des culs-de-sac partiellement séparés par des cloisons incomplètes ; des lambeaux de tissu

conjonctif, reste des cloisons inter-lobulaires flottent dans le pus et donnent à la caverne l'aspect d'une éponge. Quant aux parois elles sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation. Dans ces conditions le pus tend à se faire jour tantôt vers la peau, tantôt vers les parties profondes.



Pronostic

Le pronostic de la galactophorite du nouveau-né est très bénin ; au bout de deux ou trois jours après, quelques séances d'expression régulière et à défaut des complications que nous avons signalées dans le chapitre précédent, il ne s'écoule plus de pus, la tuméfaction s'efface et il ne reste plus trace de l'affection.

Il n'en est pas de même lorsque la galactophorite n'est pas soignée au début et qu'elle se complique de lymphangite et d'abcès ; (ce qui arrive quelquefois car la galactophorique peut passer inaperçue par suite du peu d'intensité des symptômes), le pronostic devient alors plus grave. Bouchut rapporte quatre cas d'abcès mammaires chez le nourisson ; dans l'un d'eux, l'abcès donna lieu à un décollement considérable du grand pectoral et la mort suivit ; dans les trois autres cas, la guérison eut lieu grâce à l'ouverture précoce des abcès.

Depaul insiste sur les suites fâcheuses des abcès du sein des nouveaux-nés du sexe féminin, et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses propres paroles : «Le début de ma pratique remonte assez loin pour que j'aie eu déjà l'occasion d'accoucher de jeunes femmes à la naissance desquelles j'avais présidé et que j'avais soignées pendant les premières semaines de leur vie. Deux d'entre

elles qui avaient eu des abcès de la nature de ceux dont j'ai parlé, présentaient une telle rétraction des mamelons qu'il fallut renoncer à donner à têter. Leurs mères qui étaient présentes, me rappelèrent ce qui s'était passé vingt ans avant, et j'avoue qu'il ne m'en coûta pas d'expliquer cette disposition vicieuse par une rétraction d'origine inflammatoire des conduits galactophores et des tissus voisins ».

En résumé, pronostic très bénin dans le cas de galactophorite simple ; pronostic réservé dans le cas de complications.



Traitement

Nous abordons le chapitre le plus important de notre travail : celui du traitement et nous parlerons d'abord de la prophylaxie de la galactophorite.

En présence d'un nouveau-né qui a une sécrétion lactée assez abondante, les seins gorgés par cette sécrétion, quelle conduite devons-nous tenir ? Longtemps les avis ont été partagés, autrefois surtout lorsqu'on prétendait que l'engorgement laiteux suffisait à produire l'abcès du sein ; on se hâtait alors de presser, de malaxer pour évacuer le contenu ; mais nous ne saurions trop le répéter l'engorgement n'a jamais été la cause de l'abcès, il en est au contraire la conséquence. Aujourd'hui nous répondrons plus catégoriquement à la question et sachant que la sécrétion lactée tarit toujours spontanément, on doit se contenter de prendre des précautions antiseptiques afin d'éviter le contact et l'entrée des microbes : laver fréquemment le sein de l'enfant, appliquer une légère couche d'ouate hydrophile et comprimer légèrement avec un bandage ; se conduire enfin à l'égard du nourrisson comme on se conduit à l'égard de la nourrice quand on veut faire tarir son lait ; redoubler de soins si l'enfant a de l'ophtalmie ou de la stomatite : éviter le contact de la mère si celle-ci a elle-même de la galactophorite ou si elle a un

écoulement vaginal purulent ; ce sont là en effet, nous l'avons vu, les causes les plus fréquentes de l'infection de la glande mammaire chez l'enfant.

Dès que la galactophorite est reconnue on a recours immédiatement à la méthode préconisée par M. Budin, méthode qui donne également de merveilleux résultats chez la nourrice et chez le nouveau-né. Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein à une certaine distance du mamelon ; on appuie d'abord d'avant en arrière de la surface vers les parties profondes : puis tout en continuant à presser on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier lui-même est comprimé d'arrière en avant. De la sorte les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores, sont refoulés par la pression vers la partie rétrécie qui chemine dans l'épaisseur du mamelon et aboutit à l'extérieur ; on réussit ainsi à les amener au dehors. S'il n'y a qu'une petite quantité de pus on la voit sortir sous la forme de filaments grisâtres, s'échappant par l'extrémité du canal galactophone : il forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins ; une fois l'orifice du canal désobstrué pour ainsi dire, la matière purulente est exprimée un peu plus facilement. Il ne faut pas oublier de prolonger l'expression du sein jusqu'à ce qu'on ait fait sortir quelques gouttes de pus. Si celui-ci sort en abondance dès le commencement de l'opération, il faut autant que possible l'évacuer en totalité ; c'est à cette condition seulement que l'on obtiendra un résultat.

Quelquefois il est nécessaire de faire deux ou trois séances d'expression ; on recherchera toujours le lendemain s'il y a encore du pus dans la glande et on ne suspendra le traitement que lorsqu'on sera sûr qu'il ne s'est pas reformé de pus.

Dès que l'expression est terminée, le sein est rouge par suite du massage dont il a été l'objet, mais il est plus souple et ne présente plus de traces d'induration ; la douleur qui faisait pousser des cris à l'enfant, pendant toute la durée de l'opération, disparaît peu à peu ; les symptômes généraux s'atténuent très rapidement ; la guérison enfin est obtenue dans un bref délai.

Après chaque évacuation de la glande on lavera avec soin toute la région : on appliquera une compresse horiquée et on fera un pansement légèrement compressif.

L'opération ainsi faite étant très douloureuse, on pourrait essayer peut-être le procédé de M. Legroux qui consiste à aspirer le pus au moyen d'une ventouse munie d'un ajutage dans lequel s'adapte une petite pompe aspirante ; on doit avoir soin après chaque coup de piston de laisser rentrer l'air dans la ventouse afin de ne pas produire une congestion aussi intense qu'avec une ventouse ordinaire. On éviterait avec ce procédé de meurtrir le sein et l'opération serait moins douloureuse. Malheureusement ce n'est guère pratique puisqu'il est indispensable d'avoir un instrument spécial qu'on n'a pas toujours sous la main.

Ce traitement qui est très efficace dans le cas de galactophorite simple, échoue souvent quand il y a complication de lymphangite ; si on se trouve en présence

d'un sein rouge, tuméfié, douloureux avec engorgement des ganglions de l'aisselle, on pourra faire écouler une assez grande quantité de pus par le mamelon, mais l'inflammation ayant gagné les lymphatiques et le tissu cellulaire il sera impossible d'évacuer la totalité de la collection purulente ; on aura à faire à un abcès du sein et le seul traitement efficace sera l'intervention au bistouri. La guérison se fera souvent longtemps attendre ; dans ce dernier cas, on sera exposé à voir se reformer de nouveaux abcès : l'enfant dépérira et pourra être envahi par l'infection.

En résumé, nous suivrons en tous points la méthode de M. Budin sachant qu'elle donne toujours de bons résultats dans le cas de galactophorite simple ; dans le cas d'abcès du sein, au contraire, nous aurons recours au bistouri.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Service de M. Budin, clinique de la Charité. Observation recueillie par M. Ghezzy in-thèse de L. Arbel : Contribution à l'étude de la galactophorite.

La nommée Léontine se présente dans le service obstétrical de la Charité le 23 décembre 1889. Elle accouche spontanément le même jour, d'un enfant vivant qui se présentait par le sommet. L'enfant, un garçon, pèse 3.650 grammes ; il est bien conformé, crie et respire bien, de plus il ne présente aucune lésion extérieure.

24 heures après la naissance, l'enfant qui est allaité par sa mère a diminué de 325 gr. son poids reste stationnaire les 2 jours suivants, après quoi il augmente ; et le 6^e jour son poids atteint 3.425 grammes.

Le 7^e jour à la pesée du soir on trouve de nouveau une diminution de 25 grammes et en examinant l'enfant on remarque que la région mammaire gauche est hypérémieée, congestionnée, plus chaude au palper que la correspon-

dante de droite et légèrement tuméfiée : toilette de la région et application de cataplasmes boriqués.

L'enfant tête bien ; le matin du 8^{me} jour, la sage-femme de service constate que la région mammaire gauche est plus tuméfiée que la veille et l'aire d'inflammation mesure un diamètre de plus de 3 centimètres. On continue le même traitement, l'enfant ne paraît pas souffrir, la température rectale est normale, il tête et il dort bien.

9^{me} jour. — La mamelle est douloureuse à la pression, laquelle provoque des cris manifestement dûs à la douleur ressentie.

10^e jour. — Dans la matinée, l'enfant est montré à M. Budin ; il constate une tuméfaction notable de la région enflammée et, à la pression de la glande, il fait sourdre 2 ou 3 gouttelettes de liquide jaunâtre, épais, ayant tous les caractères du pus normal. Lavage et pansement antiseptique.

Le 2 janvier 1890, M. Vignal fait un peu d'expression de la glande mammaire et nous voyons nettement sortir, de même que le matin, quelques gouttelettes de liquide purulent qui est aussitôt recueilli dans des tubes en verre électrisés. Le pus ne sort que par un seul orifice.

L'expression du sein droit fait sortir du lait normal.

Pendant ces manœuvres, l'enfant donne tous les signes d'une vive douleur, mais aussitôt la toilette et le pansement terminés, l'enfant se calme et tête.

Le 3 janvier, M. Budin trouve une différence dans l'aspect de la région ; la tuméfaction n'est plus aussi régulière. On observe, à gauche du mamelon, une petite tumeur du volume et de la forme d'un haricot ; il y a du pus dans le tissu cellulaire périglandulaire ; on incise largement l'abcès ; le pus sort abondamment ; drainage et pansement à l'iodoforme ; la plaie ne tarde pas à se

cicatriser. M. Budin fait rechercher, avec soin, quel a pu être le point de départ de cette galactophoro-mastite, car aucun enfant, dans le service, n'est atteint d'ophtalmie. Aucune accouchée n'a d'infection ; toutes les températures sont normales.

On apprend alors que l'enfant de la nourrice est atteint d'une conjonctivité assez intense de l'œil gauche depuis quelques jours. La nourrice, qui le tenait enfermé dans sa chambre, sans prévenir personne, faisait des lavages fréquents, et ce n'est qu'en voyant le mal empirer qu'elle s'est décidée à le faire voir.

Le lendemain, l'œil droit est pris à son tour ; traitement ordinaire.

Le 6 janvier, le gonflement a presque disparu : il y a encore un peu de sécrétion.

Pendant les jours qui suivirent, deux enfants du service, soignés par cette même nourrice, furent atteints de conjonctivite : on les soigna immédiatement et ils furent rapidement guéris.

OBSERVATION II

Phlegmon de la mamelle droite ; formation d'abcès ; phlegmon et abcès consécutifs de l'aisselle du même côté pendant la durée de la sécrétion lactée, chez un enfant de 10 jours, mort le 11^e jour de la maladie.

(Nat. Guillot, Archives médicales, 1853).

Bidard (Jules), âgé de 9 jours, observé pendant 14 jours, allaité artificiellement, enfant robuste, est examiné

dans les salles de la crèche depuis le jour où le cordon ombilical s'est détaché. On constate, deux jours après environ, c'est-à-dire le 9^me jour de la naissance, la présence du lait dans la mamelle : cet enfant paraît bien portant.

Le onzième jour en l'examinant, on remarque une tuméfaction du sein droit, qui est rouge, dont la peau est tendue et dont le volume est plus considérable que du côté opposé. On presse ce sein dont il ne sort pas de lait, tandis que du côté gauche on peut en obtenir.

L'enfant n'a pas de diarrhée et ne vomit pas : il a crié souvent et surtout pendant la nuit. Si on ne voyait pas la rougeur et la tuméfaction de la mamelle on ne pourrait la supposer malade.

On lui prescrit un bain, des cataplasmes émollients sur la partie malade, et on continue l'usage du lait de vache.

Le lendemain douzième jour, le sein est dans un état à peu près semblable à celui de la veille : seulement l'enfant crie quand on le touche. Les ganglions axillaires du côté droit correspondant à la maladie sont volumineux ; ils forment une série de noyaux de l'aisselle : en les comparant à ceux du côté opposé, ils paraissent au moins six fois plus développés : on ne peut constater qu'ils soient douloureux, car l'enfant crie constamment pendant l'examen.

La rougeur de la peau du sein se prolonge en deux lignes, dont l'une se dirige vers l'extrémité externe de la clavicule ; l'autre est horizontalement étendue au niveau du sein, dans la direction du dos ; ces deux lignes rouges sont largement saillantes. La glande mammaire roule sous les doigts du côté sain qui donne encore un peu de lait ; du côté malade elle est fixe et ne s'isole pas des tissus voisins ; les cataplasmes sont continués ainsi que les bains et le laitage.

Le lendemain, treizième jour, on sent un point fluctuant sur la mamelle droite ; il est très difficile de l'apprécier ; néanmoins on l'incise, on traverse la peau qui est très rouge.

Un peu de pus mêlé de sang sort par la plaie ; l'instrument a pénétré dans un foyer circonscrit. Le même traitement est continué.

Le surlendemain, 15^e jour, quoique la plaie faite la veille fournisse un peu de pus et de sérosité, au milieu de laquelle le microscope fait découvrir des globules laiteux, on constate un deuxième foyer que l'on ouvre encore et dont il sort du pus mêlé de sang.

L'intensité et l'étendue de la rougeur érysipélateuse de la peau se sont accrues ; il y a un véritable érysipèle de la peau du thorax et de l'aisselle, dont les ganglions forment une tumeur parfaitement appréciable. L'enfant a dépéri, il a cessé de boire, il a constamment crié. On continue les bains.

Depuis le 16 jusqu'au 21 juillet, on a ouvert encore deux abcès du sein ; les autres ne laissent échapper que de la sérosité.

Il ne sort aucune goutte de lait du sein gauche.

Un petit abcès a été également ouvert dans l'aisselle. En somme, la mort est précédée d'un marasme complet.

Nécropsie. — On dissèque la mamelle saine pour la comparer à la mamelle malade ; l'une est d'un bleu nacré, d'un tissu compact ; l'autre est séparée en flocons par les 4 foyers fistuleux résultant des abcès, et ces flocons s'aperçoivent sous l'eau.

Il existe encore deux petites collections de pus qui n'ont pas été ouvertes. Les tissus de la poitrine ne sont pas colorés ; ils sont au contraire très pâles. Les ganglions de l'aisselle sont volumineux et roses ; le plus gros a la taille

d'un haricot ; l'un d'eux forme le point d'un foyer purulent, dont l'ouverture de l'abcès est béante. Les autres parties du corps ne présentent aucune occasion de remarque.

OBSERVATION III

(Nat. Guillot. Archives méd. 1853).

Phlegmons du sein gauche, abcès consécutifs pendant la durée de la sécrétion lactée chez un enfant de 18 jours. Lesourd (Marie-Augustine), âgée de 18 jours, observée pendant 19 jours.

Cette enfant est superbe, quoique artificiellement alimentée ; elle donne du lait par le sein droit.

Le 21 janvier. Phlegmon du sein gauche, rougeur des téguments ; gonflement de la partie malade ; douleur lorsqu'on la comprime ; ganglions axillaires du même côté tuméfiés ; aisselle légèrement rouge ; la rougeur s'étend jusqu'à la mamelle malade. Le sein malade ne donne pas de lait, qui s'écoule par la pression du sein droit. L'enfant est agitée, son pouls marque 184 pulsations par minutes ; elle a un peu de diarrhée. On lui prescrit des cataplasmes, des bains, du lait.

Le 22. L'état général et local est absolument le même, sauf une coloration et une tension plus intense des tissus. La sécrétion apparente du lait a cessé des deux côtés.

Le 23, fluctuation dans le voisinage du mamelon ; cette fluctuation est profonde, on la sent sous une surface que l'on déprime avec le doigt et qui contraste par sa mollesse avec la dureté des parties voisines. On fait une

ponction : il sort du pus séreux mêlé d'un peu de sang ; on constate la présence des globules de lait dans la sérosité, à l'aide du microscope, malgré la cessation de la sortie du lait.

Le 24. Ouverture d'un nouveau foyer purulent dans le voisinage du premier : les deux foyers isolés ne communiquant point, bien qu'ils se touchent presque. L'enfant a pâli, il a eu une épistaxis. On ajoute au traitement 40 grammes de sirop de quina ; cataplasmes, bains aromatiques.

Le 25. L'état local est le même : rougeur, tuméfaction, engorgement des ganglions axillaires ; les foyers suppurent très peu ; les ouvertures faites sont béantes ; on sent encore un autre point fluctuant. L'enfant paraît mieux que la veille. Mêmes prescriptions.

Le 26. Ouverture d'un nouvel abcès ; ces trois abcès enceignent le mamelon.

Le 27. Les abcès suppurent très peu ; la mamelle moins rouge et moins tendue est indurée inégalement, comme bosselée. L'enfant va mieux, a dormi et a bu abondamment du lait. Les prescriptions sont continuées.

Le 28. Les parties malades sont plus molles et moins rouges, l'érysipèle s'efface et les ganglions axillaires ont un moindre volume. A l'aide d'un stylet on ouvre un 4^e abcès dans l'un des foyers : il s'écoule en même temps du sang. L'état général est satisfaisant. Mêmes prescriptions.

Le 29. l'enfant a dormi d'un bon sommeil ; elle paraît en meilleur état. L'érysipèle a disparu ; le volume et la rougeur du sein sont bien moins considérables que la veille ; on ne fait plus sortir que de la sérosité hors des foyers ouverts, qui tendent à se cicatriser. On sent toujours un chapelet irrégulier d'induration dans la mamelle. Mêmes prescriptions.

Du 30 au 7 février, tout s'efface régulièrement et successivement ; déjà le 7 février les plaies étaient cicatrisées. A la sortie de l'enfant il ne reste plus qu'un peu d'induration dans la mamelle malade ; l'engorgement des ganglions axillaires est à peine sensible. L'enfant est rendue à ses parents le 9 février.

OBSERVATION IV

(Nat. Guillot Archives méd. 1853)

Phlegmon et abcès multiples des deux mamelles.

Normand (Charles) âgé de 11 jours, observé pendant trois jours. On n'a aucun renseignement sur cet enfant qui est assez gros.

Le 24 janvier. Les deux mamelles sont rouges, tuméfiées ; le thorax est érysipélateux ; les ganglions axillaires sont volumineux ; on sent des deux côtés de la poitrine, au voisinage du mamelon, quelques petits points fluctuants. L'enfant est mou, crie à peine et est généralement congestionné ; sa bouche est sèche, le ventre météorisé.

On fait une ponction de chaque côté et l'on donne issue à du pus mêlé de sang. Un stylet introduit dans chaque plaie ne peut être introduit fort loin ; cependant on peut croire qu'il existe d'autres foyers ; mais la fluctuation est difficile à produire sur une étendue aussi limitée. Bains, cataplasmes, sirop de quina.

Le 25. Bouche sèche, météorisation du ventre ; le sommeil a été continu ; l'enfant est dans un état complet de prostration. Les plaies produites hier sont desséchées,

il en sort un peu de pus séreux ; un nouveau foyer très manifeste est ouvert à gauche, il en sort du pus mêlé de sang. Les bains aromatiques, le sirop de quinquina sont de nouveau continués.

Le 26. L'enfant est agonisant ; on sent plusieurs foyers qui ne sont pas ouverts ; les anciens foyers n'ont pas suppuré. Mort après la visite.

Le 27. *Autopsie*. Nulle remarque possible ailleurs que dans les parties suivantes : mamelles livides présentant les ouvertures desséchées des incisions faites ; disséquées par plusieurs petits foyers purulents placés près les uns des autres et ne communiquant point ensemble ; autour de ces foyers, s'étend le tissu blanchâtre et nacré de la mamelle. Les ganglions axillaires sont rougeâtres et tuméfiés. On trouve dans le petit bassin, près de la vessie, une collection purulente s'étendant jusque dans la fosse iliaque droite sous le péritoine. Les parties qui l'entourent ne sont pas rouges ; l'intestin ne paraît pas malade.

OBSERVATION V

(Nat. Guillot, Archives médicales, 1853)

(Phlegmon et abcès du sein gauche pendant la durée de la sécrétion lactée ; guérison).

Ott. Marie, âgée de 11 jours, entre le 22 août à l'hôpital Necker pour y être traitée d'une conjonctivite purulente.

Le 23. On constate l'apparence vigoureuse de l'enfant, qui est nourrie par sa mère ; il existe un staphylome de l'œil droit, une kératite et une conjonctivite de l'œil gauche.

En outre des lésions des yeux, on découvre sur la poitrine un phlegmon de la mamelle gauche. Le sein est rouge, tendu, douloureux à la pression, autant qu'on peut en juger par les cris de l'enfant.

Les ganglions axillaires du même côté sont plus volumineux que du côté opposé. On sent à gauche du mamelon un petit point dépressible, formant comme un godet lorsqu'on le presse ; sur cet indice de fluctuation on pratique une ponction ; il sort par l'ouverture un filet de pus mêlé de sang et d'une trace très blanche de lait. Cette mamelle malade ne fournit aucune trace de ce dernier liquide, tandis que la mamelle saine en laisse sortir chaque fois qu'on la presse.

Ce phlegmon ne disparaît pas après l'évacuation du pus. Le sein reste rouge, dur et la palpation fait percevoir l'existence d'une série irrégulière de nodosités dans le tissu de la glande. On traite ces lésions avec des bains, des cataplasmes en même temps que l'on soumet les conjonctivites à l'action du nitrate d'argent.

Le 12 septembre. Le sein droit ne donne plus de lait ; le sein gauche malade, rouge, tuméfié, dur et dont la surface est inégale, n'en donne point non plus. On découvre un nouvel abcès, on le ponctionne. Cette collection purulente est située auprès du premier foyer qui a été ouvert et qui a été cicatrisé. Ce nouvel abcès suppure pendant plusieurs jours et se ferme complètement le 25 septembre.

Le 27. L'enfant quitte l'hôpital en présentant encore dans le sein gauche une série d'indurations irrégulières qui s'aperçoivent même à la vue. Les ganglions axillaires ont repris le volume normal. L'œil gauche a été parfaitement guéri ; l'œil droit s'est vidé.

OBSERVATION VI (personnelle).

Galactophorite simple chez un nouveau-né de 15 jours.

Observation prise à la consultation de l'hôpital Broca, le 8 mai 1894.

La nommée Marie V..., vient en consultation à l'hôpital Broca pour un écoulement vaginal de nature blennorrhagique ; elle se plaint depuis longtemps de cet écoulement. Cette femme a, il y a 18 jours, accouché à terme d'un enfant du sexe masculin qu'elle nous apporte ayant remarqué chez lui une augmentation notable de volume du sein droit ; elle nous dit que son enfant pesait 7 livres à sa naissance, qu'il s'est toujours bien porté ; depuis deux jours elle a remarqué, le nourrissant au sein, qu'il tétait moins bien, qu'il pleurait souvent. Elle attribue ce changement à l'état du sein de l'enfant.

A l'examen, nous trouvons la région mammaire droite tuméfiée et douloureuse, le moindre contact faisant pousser des cris à l'enfant ; nous pressons sur la mamelle, et nous voyons s'écouler d'abord deux gouttes d'un liquide louche, mélange probable de pus et de colostrum, puis une troisième goutte plus épaisse, jaunâtre, présentant enfin tous les caractères du pus ; nous nous trouvons donc en présence d'une galactophorite. Nous continuons l'expression du sein et nous amenons de nouveau deux gouttes de pus, au prix des plus vives souffrances de la part de l'enfant ; nous appliquons une compresse boriquée avec un bandage légèrement compressif. La femme ne devant revenir à l'hôpital, pour sa vaginite, que trois

jours après, nous prenons son adresse et allons chez elle le lendemain pour voir son enfant : la mère nous dit qu'il a bien dormi et n'a pas crié ; nous faisons de nouveau l'expression du sein qui amène encore nettement une goutte de pus et nous appliquons une nouvelle compresse boriquée.

Nous allons encore voir deux fois notre petit malade et la deuxième fois, c'est-à-dire à la quatrième séance d'expression, il nous est impossible de faire sourdre la plus petite goutte de pus. Plus de tuméfaction, douleur bien moins intense ; nous recommandons à la mère de venir nous trouver dans le cas où l'enfant souffrirait de nouveau : elle n'est pas revenue ; nous l'avons vue par la suite et elle nous a confirmé la guérison immédiate après notre départ.

OBSERVATION VII

Relatée, par M. Macé, interne du service de M. Maygrier à la Pitié, à la Société de Gynécologie et d'obstétrique. Avril 1894.

Galactophorite chez la mère et chez le nouveau-né

Il nous a été impossible de reconstituer cette observation détaillée ; nous avons suivi cependant la mère et l'enfant pendant toute la durée de leur affection. Nous ne reproduirons ici que ce qui a été rapporté dans les annales de Gynécologie et d'obstétrique, 1894.

Dès les premières tentatives d'allaitement, le sein droit, malgré les précautions antiseptiques prises, devint le siège

de crevasses. De plus des trainées de lymphangite apparurent et plusieurs nodules de la glande s'engorgèrent. L'expression faite avec prudence sur les nodules engorgés ne mit pas en évidence la présence du pus dans le lait mais la malade prétendit l'avoir constatée et un examen microscopique la démontra.

On s'attendait à une suppuration du sein.

De fait, bien que tardivement, elle se manifesta sous la forme d'un abcès mammaire.

Mais le détail curieux c'est que l'enfant, mis au sein droit malgré la défense formelle, présenta lui aussi deux jours après une galactophorite qui heureusement cèda au même traitement.

OBSERVATION VIII

Rapportée par M. Comby, le 19 février 1892, à la Société médicale des hôpitaux

Le 14 décembre 1891, on m'apporte une petite fille de trois semaines qui présente au niveau de l'aisselle et tout le long de la paroi thoracique droite, une vaste collection fluctuante, bosselée, avec soulèvement et décollement de la peau dans une étendue verticale de 15 centimètres au moins. En certains points la peau est rouge et amincie. Il n'est pas difficile de reconnaître un vaste abcès et les commémoratifs confirment ce diagnostic. En effet l'enfant qui était bien portant au moment de la naissance a présenté pendant les premiers jours un engorgement des deux mamelles. La sage-femme qui avait présidé à la naissance de l'enfant a cru devoir faire sur les mamelles des

pressions énergiques destinées à évacuer le lait et à dégorgéer les seins.

A la suite de ces pressions répétées, un abcès se forma à droite ; la sage-femme ouvrit cet abcès avec une lancette et en effet on voit aujourd'hui à droite du mamelon, la trace d'une petite incision : mais le coup de lancette ne mit pas fin à la maladie. Une lymphangite se déclara si elle n'existait déjà ; les ganglions axillaires se prirent, entrèrent en suppuration et nous avons à faire à un vaste adéno-phlegmon suppuré, consécutif à une mamite, résultant elle-même de l'intervention maladroite ou malheureuse d'une sage-femme.

L'enfant nourrie au sein par sa mère avait augmenté pendant les deux premières semaines ; sous l'influence de la suppuration elle a dépéri, elle est dans un état presque cachectique. Je pratique une incision au point le plus déclive de l'abcès, il s'écoule une très grande quantité de pus ; lavage au sublimé, pansements ultérieurs avec salol et ouate hydrophile.

Le 21 décembre, on me ramène l'enfant qui présente deux abcès au niveau de la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite.

Ouverture, guérison.

Le 28 décembre, un nouvel abcès s'est formé sous la clavicule droite, je l'incise. L'ancien abcès de l'aisselle est tari, la peau est recollée. Finalement l'enfant a parfaitement guéri mais au prix de trois incisions et de quinze jours de pansement.

CONCLUSIONS

1° Durant toute la période de la sécrétion lactée, chez le nouveau-né, il peut se produire de la galactophorite ;

2° La cause la plus fréquente est l'infection des canaux galactophores par les micro-organismes venus du dehors ;

3° Le symptôme pathognomonique est l'écoulement se pus par le mamelon ;

4° La galactophorite se complique souvent de lymphangite et d'abcès du sein ;

5° La galactophorite cède rapidement à un traitement approprié : expression du sein et application de compresses boriquées.

Ce traitement est inefficace dans le cas de lymphangite et d'abcès du sein.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TARNIER.

Vu : *Le Doyen*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Arbel.** — Contribution à l'étude de la galactophorite, thèse doctorat, Paris, 1890.
- Arthuis.** — Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle. Th. doctorat. 1876, p. 77 à 81.
- Bennizon.** — Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. Th. Paris, 1884.
- Boissard.** — De la galactophorite. Semaine médicale, 11 octobre 1893.
- Bouchut.** — Traité pratique des maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, p. 678.
— Abcès multiples chez les nourrissons. Gazette des Hôpitaux, 1876, n° 89.
- Budin.** — De la galactophoro-mastite. Leçon faite à la clinique d'accouchement, 1888.
- Bumm.** — Zur ætiologie der puerperalen mastitis. Archiv. für Gynækol. Band. XXIV, Heft, 2, 1884.
— Ueber die Entzündungen der weiblichen Brustdrüse. Samml. Klin. Vort, n° 282. 1887.
- Cataliotti.** — De la galactophorite. Th. doct. Paris, 1889.
- Chassaignac.** — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. Gazette médicale de Paris 1855. p. 40, 57, 609.
- Cohn.** — Zur ætiologie der puerperalen Mastitis. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækol. Band XI. Heft 2 1885.

- Comby.** — Notes sur les abcès de mamelle chez les nouveaux-nés. Société médicale des Hôpitaux, 19 février 1892. p. 108.
- Damourette.** — Affections des nourrissons déterminées par la Galactophorite de la nourrice. 1893. Th. doct. Paris.
- Dauchez (H).** — Sécrétions mammaires chez le nouveau-né et l'adolescent. Revue générale de Clinique 1893 p. 777.
- Delbet.** — Article *Mastite* du Traité de chirurgie.
- Depaul.** — Clinique obstétricale. p. 789.
- Escherich.** — Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. Fortschritte der Medicin, n° 8 1885.
- Genser (Th. von).** — Untersuchung der Sekreter der Brustdrüse (Galactostase) eines neugeborenen Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk IX Bd. 2 Heft 20 octobre 1875. p. 160 à 163.
- Gosselin.** — Clinique chirurgicale de la Charité 1879. T. II p. 278.
- Gübler.** — Sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveaux-nés des deux sexes. Gazette médicale de Paris 1856 p. 225.
- Guillot (Nat.)** — De la sécrétion du lait chez les enfants nouveaux-nés et des accidents qui peuvent l'accompagner. Archives générales de médecine 1853 p. 513.
- Karlinski.** — Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Pyosepthaemie der Neugeborenen vom Verdauungstractus medic. Prag wochenschr, n° 22 1890.
- Legry.** — Ophtalmie et abcès du sein. Progrès médic. 1887 p. 153.
- Monnier.** — Essais sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. Th. doctorat Paris 1891.
- Petit (J. L.).** — Œuvres complètes. Ed. de 1837 p. 391.
- Piante.** — Etude sur la Genèse et le traitement des abcès du sein. Th. Lyon 1885.
- Rezzonico.** — Delle malattie delle mamelle. Annali-Univ di med. Milano 1867. V. C. C.
- Roulland.** — Des abcès multiples chez les nourrissons. Annales de Gynécologie. Février 1888.

Sappey. — Traité d'anatomie.

Synety (de). — Recherches sur la mamelle des enfants nouveaux-nés. Archives de physiologie 1875 nos 3 et 4.

Variot. — Remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveaux-nés.

Soc. médicale des hôpitaux. 25 juillet 1890.

Velpeau. — Traité des maladies du sein. Paris 1858.

Vilcoq. — Revue des maladies de l'enfance 1889.

